

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques ARNOUX

Né le 6 décembre 1909, à Paris
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LA MÉTHODE D'AURÉGAN

EN

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Président : M. TANON, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques ARNOUX

Né le 6 décembre 1909, à Paris
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LA MÉTHODE D'AURÉGAN

EN

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Président : M. TANON, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1937

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique.....	LAUBRY
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PHILIBERT..... Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHIRAY.		HEITZ-BOYER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
VALLERY-RADOT		VELTER.	
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé.....	Microbiologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

ET DE MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND-MÈRE

*Bien faible témoignage de ma très
grande reconnaissance et de ma profonde
tendresse.*

A MON PÈRE

A MA BELLE-MÈRE

*Dont le dévouement et les sacrifices ont
permis mes études.*

A MA FIANCÉE

*Qui se montrera une fois de plus indul-
gente.*

A MON FRÈRE

Qui a toujours été mon meilleur ami.

A MA BELLE-SOEUR

A LA MÉMOIRE DE NOTRE PETITE GABY

A MES FUTURS BEAUX-PARENTS

A MES ONCLES ET TANTES

A MADAME BRUNEL-TRAVET

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

1^{re} année :

M. LE PROFESSEUR HARTMANN, chirurgien des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR BEZANÇON, médecin des Hôpitaux

2^e année :

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADENAT, chirurgien des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR FIESSINGER, médecin des Hôpitaux

3^e année :

M. LE DOCTEUR LESNÉ, médecin des Hôpitaux

Externat :

M. LE DOCTEUR POULARD, ophtalmologiste des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE, chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR TOURAINE, médecin des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR DECOURT, médecin des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR BENDA, médecin des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ETIENNE BERNARD, médecin des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BEULIN, médecin des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR CATHALA, accoucheur des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VAUDESCAL, accoucheur à l'Hôpital de Neuilly

Bien modeste témoignage de ma très vive gratitude pour leur enseignement si brillant et si bienveillant à la fois.

A M. LE DOCTEUR TZANCK

Médecin des Hôpitaux

*Qui a bien voulu nous accueillir dans
son Service.*

A M. LE DOCTEUR SIDI

Assistant du Service

*Qui nous a inspiré le sujet de ce travail
et nous a guidé de ses précieux conseils.*

A M. LE PROFESSEUR TANON

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

La Méthode d'Aurégan en Thérapeutique dermatologique

Introduction et Historique.

La méthode que nous présentons dans ce travail n'est pas nouvelle ; nous nous en excusons. Toutefois verrons-nous chemin faisant que notre Maître, le Dr Tzanck, en a modifié ou perfectionné certains points de technique, nous constaterons et c'est là le point capital, qu'il en a passablement étendu les applications cliniques.

C'est en 1926, au cours de la séance de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie du 14 janvier, présidée par le Dr Sabouraud, que le Dr Aurégan présenta pour la première fois dans une société savante la méthode dont il est l'auteur. Était-elle nouvelle à cette date ? Non, puisque certaines de ses observations recueillies au cours d'une longue pratique remontaient à plus de vingt ans. Le titre de la communication était : *Traitement du lupus par curetage et imprégnation au permanganate de potasse finement porphyrisé : résultats de cette méthode appliquée depuis vingt ans.*

L'auteur avait donc eu le mérite de combiner deux

procédés qui existaient eux-mêmes depuis longtemps déjà, puisque l'usage de la curette remonte assez loin, et que depuis nombre d'années on emploie le permanganate comme caustique.

Grattage à la curette, application de poudre de permanganate, le gros écueil de la méthode apparaît tout de suite : c'est un procédé douloureux et brutal, qui exige pour être appliqué avec un maximum de chances de succès, une anesthésie parfaite et nous verrons qu'un des mérites du Dr Tzanck a été d'étudier cette anesthésie et d'en établir les règles.

Nous lisons, en effet, dans la déclaration du Dr Auréan « qu'il est utile de recourir à l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle, qui permet en toute tranquillité une action complète et profonde de la curette, incite à la rapidité, condition du succès ».

Les Drs Bizard et Marceron qui rapportaient la communication parlaient d'« anesthésie au moins locale pour les lésions de petites dimensions, régionale ou même générale pour de vastes lupus ».

Dès cette publication, des objections furent faites contre cette méthode :

Le Dr Clément Simon trouva qu'elle n'était qu'une variante de celle qu'appliquait déjà son Maître Brocq qui employait le permanganate en solution concentrée ; il craignait, et nous verrons que ses appréhensions sont justifiées, une causticité trop grande du permanganate en poudre.

Le Dr Darier déclare lui que « ni le curettage des lupus, ni leur traitement par le permanganate ne sont

nouveaux » et que « la seule originalité de la méthode du Dr Aurégan est l'association de ces deux procédés ».

C'est également notre opinion, mais peut-être cette simple association vaut-elle une découverte. La phrase suivante est plus significative encore ; poursuivant son exposé, le Dr Darier déclare, parlant du Dr Aurégan : « d'autre part, il semble en préconiser l'emploi banal dans le traitement de diverses dermatoses, ce qui n'est pas rassurant ».

La méthode est donc dangereuse pour lui : nous essaierons de montrer tout au long de l'exposé qui suivra qu'en effet, nombre de dermatoses peuvent bénéficier de cette thérapeutique ; qu'elle s'avère dans beaucoup de cas commode, efficace et rapide, et notre but sera atteint si nous arrivons par ces modestes lignes à rassurer les praticiens que tenterait ce traitement.

Nous ne serions pas honnêtes, d'ailleurs, en ne signalant pas ici que, depuis, le Dr Darier est venu de nombreuses fois dans le Service de notre Maître, qu'il y a vu bien souvent appliquer la méthode contre laquelle il s'élevait jadis, et que son opinion est toute autre actuellement.

Le Dr Sabouraud, qui présidait la séance, déclara pour conclure que la méthode « méritait qu'on s'y arrêtât et qu'on la mît à l'étude ».

C'est ce que fit le Dr Tzanck.

Et jusqu'à ce jour, on parla peu de la méthode d'Aurégan.

A peine en France, trouvons-nous deux communications dans le *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, la première du 6 juillet 1933, émanant des D^{rs} Tzanck et Moline et intitulée : « Application de la technique d'Aurégan au traitement des verrues plantaires et des durillons douloureux » ; l'autre, faite à Strasbourg également des D^{rs} Tzanck et Pautrat et qui a pour titre : « Traitement des verrues plantaires ». Cette dernière est de janvier 1934. Une thèse doit paraître faite encore dans le Service du D^r Tzanck sur le traitement des verrues plantaires par la méthode d'Aurégan.

A l'étranger, on ne trouve rien d'intéressant sur ce sujet.

Le permanganate de potasse.

Nous dirons quelques mots seulement du permanganate de potasse ; c'est un corps trop connu pour que nous ayons à nous étendre à son sujet.

Rappelons qu'il est obtenu par fusion de l'oxyde de manganèse avec des alcalis, l'excès d'alcali étant neutralisé ensuite.

Il se présente sous la forme de cristaux violet noir à reflets métalliques solubles dans l'eau. Les réducteurs le décomposent de même que beaucoup de matières organiques en donnant l'oxyde de manganèse.

Les taches brunes qu'il laisse sur la peau ou le linge disparaissent par une application de bisulfite de soude.

Tous ses emplois sont basés sur ses propriétés oxydantes.

C'est un puissant antiseptique, un caustique assez fort, mais de courte durée par suite de sa décomposition rapide en présence de matières organiques.

Bien plus intéressante pour nous est l'étude de son action sur les tissus fraîchement cruentés.

Elle a été étudiée à fond par le Dr Aurégan, et c'est une de ses publications du 17 février 1929 dans l'*Informateur médical* qui nous a inspiré le chapitre qui suit ; il y est dit : « soit une plaie opératoire produite par curettage ou dissection au bistouri... à l'aide d'un tampon humide abondamment chargé de poudre de MnO^4K la plaie saignante est massée dans toutes ses parties, en insistant sur les anfractuosités profondes et sur les points qui saignent le plus ».

Le premier phénomène qui frappe le chirurgien c'est un arrêt de l'hémorragie, l'hémorragie capillaire en nappe se tarit immédiatement. L'hémorragie en jet des petites artères cède généralement à un tamponnement plus appuyé ; si une ligature devait être faite, mieux vaudrait la faire à la soie ou au fil qu'au catgut. En même temps se produit un autre phénomène qui est la cause de l'hémostase ; un phénomène chimico-physique, un fort dégagement de chaleur dû à l'oxydation énergique d'une masse de matières organiques. Pour peu que la plaie soit importante et qu'une quantité suffisante de MnO^4K soit appliquée, cette chaleur devient vite intolérable aux mains gantées de l'opérateur, il est obligé de les tremper à chaque instant dans une cuvette d'eau froide stérile pour éviter de se brûler et de brûler ses gants. Le thermomètre appliqué au foyer de réaction s'élève au-dessus de 115 à 120°.

Cette chaleur produit d'autre part, un dégagement de vapeur d'eau, avec un bruissement léger, comme celui de l'extinction de la chaux vive par l'eau.

Il est à remarquer que l'action caustique se limite strictement aux parties cruentées, la peau saine et les muqueuses ne sont pas affectées et délimitent nettement la plaie permanganatée. L'évolution des plaies ainsi traitées est variable selon l'étendue des lésions et selon la région.

Les plaies d'étendue modérée, jusqu'à 50 cm² environ, si elles sont distantes des orifices naturels septiques, se cicatrisent rapidement sous une croûte noire, qui tombe entre quinze à vingt jours.

Il n'est pas à propos de cautériser ainsi des surfaces trop étendues, ce serait courir les risques auxquels expose toute brûlure vaste et qui sont indépendants de la cause de la brûlure.

Le MnO^4K n'est pas toxique. Employé à très fortes doses dans une plaie profonde et anfractueuse, il n'occasionne aucun symptôme d'intoxication. Par exemple, une femme de 68 ans présente un carcinome de la joue, large, profond, ulcéré et sanieux, entamant le maxillaire supérieur et qui va jusqu'à nécessiter l'ablation du plancher de l'orbite et l'énucléation de l'œil déjà envahi. Cette grande cavité est bourrée de plus de 150 gr. de MnO^4K . Il ne s'ensuit aucun phénomène toxique.

La douleur opératoire est supprimée par l'anesthésie générale ou locale ; après le réveil, la douleur post-opératoire est tolérable, elle cesse habituellement au bout de quinze à vingt minutes. Nous ne croyons pas qu'il y ait quoi que ce soit à ajouter à tout cela.

La méthode d'Aurégan.

Et nous en arrivons à la méthode d'Aurégan ; nous signalerons, au passage, les points de technique sur lesquels a insisté notre Maître le Dr Tzanck. Que faut-il au praticien pour appliquer ce traitement ?

1° *Un jeu de curettes de dermatologie connues de tous ;* ces curettes ne devront être réservées qu'à cet usage, car l'intervention les ternit et leur donne un aspect noirâtre désagréable, il faudra les vérifier le plus souvent possible, car il est de toute nécessité de maintenir toujours parfait leur tranchant ;

2° *Des ampoules de 2, 5 ou 10 centicubes d'une solution de novocaïne que nous employons toujours à 1 p. 200.* — La solution à 1 % pourrait à la rigueur être employée, mieux vaut s'en abstenir. Nous signalons, en outre, que pour plus de sécurité nous avons toujours employé une novocaïne non adrénalinée, qui nous a constamment donné des résultats satisfaisants sans nous exposer aux incidents toujours à craindre provoqués par l'introduction d'adrénaline sous la peau ;

3° *Du permanganate de potasse en poudre :* produit banal et peu coûteux qu'il est toujours possible

de se procurer et dont la conservation est facile ;

4^o *Une seringue métallique* : semblable à celle qu'emploient les dentistes, l'introduction de la novocaïne présentant parfois des difficultés dans certains tissus très résistants, nous ne citerons en exemple que la plante du pied.

Quant à la technique à proprement parler, nous la divisons en trois temps. Nous prendrons comme type de description, pour rendre celle-là moins abstraite, la cure des verrues vulgaires. Le premier temps capital à notre avis, et sur lequel a insisté particulièrement notre maître est :

L'ANESTHÉSIE.

Les auteurs qui avaient déjà étudié cette question n'étaient pas stricts à ce sujet, nous avons vu plus haut que l'on parlait d'anesthésie locale dans certains cas, régionale parfois et même générale au chlorure d'éthyle dans les lésions très étendues.

Nous avons toujours employé l'anesthésie locale, celle-ci, nous le répétons, se fera dans tous les cas avec une solution de novocaïne à 1 p. 200 sans adrénaline, le chlorure d'éthyle pourra à la grande rigueur être employé, mais uniquement à titre d'adjuvant et localement bien sûr, pour insensibiliser chez des sujets par trop pusillanimes ou chez des enfants la région à piquer.

Après une désinfection soignée de la région à traiter à l'alcool simple ou iode, un nettoyage soigné des

maines de l'opérateur, précautions que nous n'osons rappeler tant elles doivent constituer un véritable réflexe chez le praticien, on introduit au moyen de plusieurs injections traçantes une nappe de novocaïne tout autour de la lésion dans toutes les couches des tissus, et jusque sous la tumeur, une injection suffit souvent ; la quantité en est variable et peut aller de 1 à 2 centicubes jusqu'à 10 et même plus sans inconvénient.

On attend de trois à cinq minutes que l'effet anesthésique soit suffisant, des petites piqûres au moyen d'une épingle ou de l'aiguille qui a servi à l'injection renseignent sur la disparition de la sensibilité du malade, l'ischémie produite autour de la tumeur est visible, elle. Et l'on arrive au deuxième temps.

LE CURETTAGE.

Au moyen d'une curette dermatologique bien tranchante on pratique alors l'ablation de la tumeur jusqu'à ce qu'on sente au bout de la curette le contact particulier du tissu sain, cette opération entraîne bien entendu une hémorragie d'une importance variable, c'est à ce moment que l'on pratique le troisième temps.

L'APPLICATION DE POUDRE DE PERMANGANATE.

Nous signalons ici, en nous excusant de ne pas l'avoir fait plus tôt, que l'opérateur doit être de préférence ganté, le permanganate laissant sur les mains

des taches toujours désagréables, bien que disparaissant avec la plus grande facilité par application de bisulfite de soude ; de plus, il se produit au contact du permanganate avec la plaie un dégagement de chaleur qui peut être considérable, comme nous allons le voir. Comment applique-t-on le permanganate ? Il est nécessaire d'en bourrer le cratère ainsi produit en le tassant par pression au moyen d'une compresse imbibée d'eau bouillie, ou plus simplement avec le dos de la curette ; l'hémorragie doit être arrêtée par cette application de permanganate, sa persistance en prouverait l'insuffisance.

C'est le temps désagréable pour le médecin, car il se produit au contact du permanganate et de la plaie, un dégagement de vapeurs irritantes pour les yeux et la muqueuse nasale de l'opérateur qui pleure, tousse et éternue, seulement d'ailleurs, s'il y a une grande plaie et une sérieuse hémorragie, car le phénomène est minime dans les petites interventions, de plus le dégagement de chaleur dont nous avons précédemment parlé peut être tel que plusieurs fois au cours de l'intervention, il soit nécessaire de se plonger les mains dans un récipient d'eau froide.

L'opération est alors terminée, il ne reste plus qu'à appliquer une compresse et terminer le pansement de la façon la plus banale.

Y a-t-il des soins post-opératoires particuliers à donner au malade ?

Non. A peine a-t-on à changer tous les jours la

compresse qui recouvre la plaie. Et il ne reste plus qu'à attendre la cicatrisation ; celle-là est de l'ordre de trois semaines environ, l'épidermisation se fait dans un temps qui varie avec chaque individu.

Il faut toutefois donner quelques conseils au malade qui vient d'être traité par cette méthode.

En effet, l'acte s'est produit sans douleur puisque la novocaïne anesthésiait complètement la région, mais une heure et demie environ après celle-là et pendant parfois plus d'une journée, elle apparaît souvent extrêmement violente, insupportable, et il faut de toute nécessité recommander au patient de prendre, avant même qu'elle n'apparaisse et pendant tout ce temps, des analgésiques pour lesquels il n'y a que l'embarras du choix.

Quelles sont les dermatoses qui peuvent bénéficier de ce traitement ?

Nous avons déjà dit que le but initial de la méthode d'Aurégan était le traitement du lupus tuberculeux, et la technique décrite par l'auteur dans sa communication à la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie en 1926 a trait à la cure de cette affection.

Toutefois, avait-il laissé entendre que les applications pourraient en être étendues. Voyons donc maintenant quelles affections nous allons pouvoir traiter par cette méthode.

Les deux plus importantes sont, bien entendu, les deux bacilloses cutanées, à savoir :

Le lupus vulgaire pour lequel il semble que ce soit la thérapeutique de choix.

La tuberculose verruqueuse dont il assure avec une certitude et une rapidité contre lesquelles ne peuvent rivaliser aucune autre médication, la cure radicale.

Vient ensuite *l'érythroplastie* dont on sait la gravité et à laquelle il est de la plus grande importance d'opposer un moyen prompt et sûr.

Les verrues vulgaires, dermatoses bénignes par

excellence, mais inesthétiques et assez ennuyeuses pour les malades si l'on en juge par l'arsenal thérapeutique dont dispose contre elles le médecin et surtout la

Verrue plantaire où c'est la douleur qui commande le traitement.

Les végétations vénériennes dont on connaît avec la ténacité la grande tendance à la multiplication.

Le molluscum contagiosum, affection légère s'il en est une, mais disgracieuse.

La kératose sénile si fréquente.

Nous relaterons pour terminer une amusante observation de *tatouage* où la méthode fit merveille.

Le lupus vulgaire.

C'est une des lésions que peut donner au niveau de la peau le bacille de Koch, l'appellation de lupus de Willan lui a également été donnée, signalons que c'est toutes les affections tuberculeuses de la peau de beaucoup la plus fréquente.

Choisissant de préférence l'adolescent vers la quinzaine, on le rencontre avec une plus grande fréquence chez la femme que chez l'homme.

Sa présence est rare chez le tuberculeux pulmonaire, mais la réciproque n'est pas vraie. Une inoculation directe de bacille de Koch dans la peau ou les muqueuses peut lui donner naissance, mais le bacille peut également venir de l'intérieur, c'est le cas du lupus qui se développe au niveau d'une fistule, qu'elle soit ganglionnaire ou osseuse.

La voie vasculo-sanguine est également de celles qu'il emploie parfois.

Un très petit lupus pourrait apparaître aux yeux de l'observateur sous forme d'un lipome isolé ; c'est une tache rouge terne, de quelques millimètres de diamètre, peu saillante sur laquelle l'épiderme est intact. Si l'on appuie sur la lésion avec un verre de montre

qui en chasse le sang, on trouve un nodule jaune-orange, translucide.

Le scarificateur ou le galvanocautère en montrent la mollesse alors que les tissus avoisinants ont une consistance normale.

Mais il est plus fréquent d'être appelé à un stade plus avancé de l'affection, alors que d'autres lipomes sont apparus soit à distance du premier, donnant le lupus disséminé, soit à son voisinage immédiat et c'est le lupus agminé et, à ce stade, différents aspects peuvent être pris par l'affection.

Le lupus peut rester *plan*, et il se révèle alors par sa coloration.

On peut avoir affaire à un lupus squameux, psoriasiforme, érythématoïde, ce dernier pouvant donner le change avec un lupus érythémateux.

Sous l'influence du traitement, et parfois même sans traitement, le lupus plan agminé se sclérose en son centre qui se cicatrise, et l'on voit apparaître de nouveaux éléments sur les bords.

Lorsqu'un lupus non ulcéré est saillant, il peut prendre une consistance mollassse, un aspect translucide, il est alors dit colloïde ou myxomateux. Il n'y a pas plus alors d'intervalle de peau saine entre les nodules lupiques qui sont réunis en un long placard rougeâtre à reflets violacés ou jaunâtre, c'est le lupus confluent ou diffus.

Tous ces lupus, plans ou élevés peuvent s'ulcérer et devenir mutilants secondairement. L'un d'entre eux, le lupus exedens est ulcéreux d'emblée et évolue

rapidement avec un bourgeonnement souvent important, il est très destructeur, peut avoir un aspect impétigineux, à surface tomenteuse, recouverte de croûtes.

Le lupus pustuleux débute par quelques abcès qui s'ouvrent en quelques semaines.

Une forme, contrairement aux autres, évolue le plus fréquemment chez le vieillard, siégeant sur le tronc ou les membres, c'est la forme tuberculo-ulcéreuse serpigineuse, qui ressemble à un examen rapide, à une syphilis tertiaire.

Le lupus demande un traitement très prompt, car abandonné à lui-même, il tend à s'ulcérer et à s'infecter ensuite, devenant impétigineux, suintant et très tuméfié.

C'est en outre, et c'est ce qui en fait la gravité, une affection affreusement mutilante pouvant ronger le nez, les paupières, les joues et donner au malade l'aspect horrifiant bien connu : une courte promenade dans les salles ou simplement dans les jardins de l'hôpital Saint-Louis démontre, hélas, trop amplement la véracité de cette affirmation.

Il faut de toute nécessité faire un diagnostic rapide de l'affection et lui apporter aussitôt un traitement convenable, car ce traitement lui-même, appliqué tardivement, devient mutilant bien souvent par suite des atrésies qu'il peut occasionner.

Là n'est d'ailleurs pas la seule complication du lupus, livré à lui-même, il peut subir une dégénérescence épithéliomateuse ; il apparaît en un des

points du lupus un épithélioma spino-cellulaire, d'évolution souvent très rapide, que n'accompagne souvent aucune adénopathie.

Et nous en arrivons rapidement aux divers traitements qui ont été opposés à cette affection.

On peut les ranger succinctement en deux groupes :

- 1^o les procédés rapides ;
- 2^o les procédés lents.

1^o LES PROCÉDÉS RAPIDES.

C'est tout d'abord *l'exérèse chirurgicale large*, suivie ou non d'autoplastie.

La coagulation diathermique.

Le *raclage à la curette* que d'aucuns complètent par une cautérisation à air chaud ou au thermocautère.

Le Dr Bocage qui a écrit l'article qui nous intéresse ici dans la *Pratique médico-chirurgicale*, article auquel nous empruntons une grande partie de ce chapitre signale déjà, sans s'y attarder, le bourrage de cette plaie au permanganate de potasse pophyrisé.

2^o LES PROCÉDÉS LENTS.

Ils tendent à détruire les lésions les plus avancées et à produire la sclérose du reste.

On y trouve :

L'ignipuncture qui s'adresserait surtout aux lupus à petits nodules disséminés et au lupus des muqueuses,

on brûle un par un les points lupiques en insistant particulièrement sur les bords. On pratique par séances espacées d'abord par quinzaine de jours, puis davantage, la surveillance doit être de plusieurs années.

La *diathermo coagulation unipolaire* ou par *diathermie sans fil* détruit en plus des mêmes lésions, des lésions plus étendues, mais elle est plus douloureuse.

La *douche filiforme* a ses adeptes.

Les *scarifications* au scarificateur de Vidal ou au moyen d'une lancette à point triangulaire montée sur un manche mince connaissent également une grande vogue ; on les pratique tous les quinze jours, en commençant par l'extérieur de la lésion, et en scarifiant chaque fois les parties paraissant le plus en évolution ; le procédé a la réputation de laisser de belles cicatrices, en revanche, il est d'une lenteur désespérante.

On a pensé aux applications caustiques.

Et les attouchements à l'acide lactique trichloracétique au permanganate de potasse sont classiques, seules et venant compléter l'action des pointes de feu et des scarifications. Le crayon de nitrate d'argent suivi du crayon de zinc aiderait les réactions scléreuses, le beurre d'antimoine aurait une action assez élective sur les productions lupiques qu'il détruit et poursuit dans la profondeur sans trop irriter les tissus sains. Il faut en renouveler l'application deux à trois fois par semaine, jusqu'à disparition complète du tissu malade et surveiller l'épidermisation.

L'*actinothérapie* a de nombreux partisans ; le seul procédé efficace serait la méthode de Finsen. On concentre la lumière de l'arc électrique par un appareil en quartz sur la lésion fortement comprimée pour en chasser le sang et avec réfrigération pour éviter l'action thermique. C'est un procédé d'une indolence absolue et qui donne des cicatrices parfaites.

Il est malheureusement très clair que le procédé n'est pas à la portée d'un grand nombre de praticiens, et, circonstance aggravante encore, des centaines d'applications sont souvent nécessaires.

La radio et radiumthérapie doivent être proscrites à forte dose, car elles risquent de détruire plus que l'on ne se propose, ces destructions tissulaires excessives risquant ultérieurement de gêner toute cicatrisation.

A faibles doses, elles ne peuvent que tenir lieu d'adjuvants des scarifications ou des lignipunctures.

Quant aux traitements généraux, eux aussi ne peuvent être que les adjuvants de traitements locaux. C'est le cas des injections de novarsénobenzol et de calomel qui auraient pour but de décongestionner les tissus.

L'iode et l'arsenic doivent être employés avec la plus grande prudence, car ils ne manqueraient pas de donner « le coup de fouet » à toutes lésions viscérales existantes et dont le diagnostic est parfois bien difficile à faire.

On a fait des sels d'or ; ils donnent des résultats bien inconstants pour les grandes précautions qu'ils

exigent, si l'on ne veut pas avoir d'ennui. Là encore on se trouve en présence d'un traitement long, délicat et onéreux.

L'*héliothérapie*, les ultra-violets en irradiation générale sont d'excellents traitements anti-tuberculeux ; comme dans beaucoup d'autres lésions tuberculeuses, ils peuvent être d'excellents adjuvants.

La *vaccination anti-tuberculeuse*, par l'antigène méthylé de Calmette et le vaccin de Vaudremer n'ont pas fait de preuves ; on les utilise néanmoins pour appuyer d'autres traitements dans les formes végétantes ou ulcéreuses.

Il est donc bien tentant, dans ce cas, d'essayer un traitement aussi simple que la méthode d'Aurégan ; la technique est là encore la même que toujours, l'étendue de la lésion, la complaisance du sujet fixent le nombre de séances, celles-là ayant lieu environ tous les quinze jours.

Notre Maître a traité de très nombreux malades par ce procédé, nous ne rapporterons ici que deux observations, puisque toutes sont calquées sur le même modèle.

Mlle Y. S..., 19 ans, vient consulter le 8 août 1935, pour une lésion qu'elle a sur la fesse droite et qui remonte à trois ans ; depuis cette date, elle est traitée par différents médecins pour de l'eczéma ou autres affections des plus diverses.

Le Dr Tzanck porte le diagnostic de lupus et intervient lui-même. La lésion est de la taille d'une pièce de 5 francs,

et est enlevée en deux séances, à quinze jours d'intervalle. La malade a été revue depuis à diverses reprises, son état est des plus satisfaisants, et la cicatrisation presque parfaite.

M. A. D..., 35 ans, vient consulter le 15 octobre 1935 le Dr Sidi, qui porte pour une lésion de la taille d'une pièce de 2 francs qu'il a sur la joue droite, le diagnostic de lupus. Il l'enlève le jour même en une seule séance ; depuis le malade est revenu dans le Service, l'état local est parfait : le Dr Sidi est réintervenu deux fois depuis pour détruire de la même façon deux petits lipomes néo-formés.

Nous pourrions citer beaucoup d'autres observations semblables à celles-ci ; l'intérêt présenté serait nul.

Nous croyons suffisamment évident qu'il faille, chaque fois qu'on le peut en cas de lupus, essayer cette méthode qui présente en plus de sa très grande facilité d'exécution de très sérieuses chances d'amener une guérison rapide avec cicatrisation souvent parfaite.

La tuberculose verruqueuse.

C'est une maladie assez commune dont la main et son bord radial en particulier, les doigts et principalement le pouce, le coude, les genoux, la région péri-anale, la fesse, les pieds, la face, le cou peuvent être le siège.

Elle se présente sous la forme d'une plaque généralement unique, de dimensions variables dont la forme est ronde, ovale, polylobée ou allongée suivant un pli de la peau.

Le diagnostic en est difficile lorsqu'elle est petite, car elle ressemble à une verrue vulgaire, mais un examen plus attentif la montre toujours entourée d'une zone violacée et surtout la pression, qui est d'ailleurs plus ou moins douloureuse, peut faire sourdre une goutte de pus ayant l'aspect du pus bacillaire.

Le tubercule anatomique peut être considéré comme une tuberculose verruqueuse de petites dimensions, mais de virulence supérieure.

L'étude en a été faite par Rielh et Paltauf en 1886 ; dès 1860, Hardy la décrivait sous le nom de scrofule verruqueuse ; Mac Call et Anderson parlaient du

lupus verrucosus en 1877 ; en 1882, Vidal et Leloir étudiaient le lupus scléreux et papillomateux.

Plus récemment, Moutot, de Lyon, en 1907, lui consacrait sa thèse.

De nombreuses constatations sembleraient prouver sa production par inoculation externe : c'est ainsi qu'on la rencontre avec une grande fréquence chez les tuberculeux pulmonaires dont les crachats apporteraient les germes.

Les infirmiers, les bouchers, les tripiers, les vétérinaires en seraient plus particulièrement atteints, étant en contact quasi journalier avec des personnes ou des animaux malades, et nous pouvons signaler dès maintenant que bacille humain et animal semblent pouvoir être accusés au même titre.

L'auto-infection n'est pas impossible et la tuberculose verruqueuse se rencontrerait alors chez un porteur de lésion osseuse, articulaire ou tendineuse.

Quant à la lymphangite bacillaire, elle prend généralement le type gommeux ou fongueux, mais il lui arrive de se présenter sous une forme verruqueuse.

A sa période de développement complet, le placard de tuberculose verruqueuse présente trois zones généralement bien distinctes :

1^o Le pourtour ou zone érythémateuse lisse et plane ;

2^o La zone moyenne, plus élevée, violacée, brunâtre, parsemée de croûtelles adhérentes ou d'ulcérations putéiformes d'où l'on peut faire sourdre des gouttelettes purulentes ;

3^o Une surface centrale, tantôt cicatricielle et déprimée, tantôt saillante et hérissée de verrucosités cornées, grises ou jaunâtres séparées par des sillons ou des fissures.

La base de l'ulcération est indurée de consistance plutôt fibreuse qu'œdémateuse.

Le diagnostic se fait d'après le siège, les conditions dans lesquelles l'affection se présente, la lenteur de l'évolution.

La biopsie est d'un grand secours ; l'examen bactériologique révèle rarement la présence de bacilles de Koch, par contre l'inoculation est presque toujours positive.

Ces examens excluent ainsi les syphilides, l'épithélioma, les sporotrichoses, les blastomycoses.

Il est impossible de définir la durée de cette affection ; elle est toujours longue, désespérante ; on a vu des tuberculoses verruqueuses se cicatriser partiellement sans aucune thérapeutique, on peut sans exagération qualifier d'exceptionnelle la guérison spontanée.

La seule question d'esthétique commanderait un traitement rapide de cette lésion, mais une autre raison intervient qui force plus encore cette décision, c'est sa gravité faite de ce que la lésion en question est une tuberculose et que, comme toute bacillose elle est toujours susceptible de se propager par voie lymphatique et d'aboutir à une généralisation viscérale.

Le traitement doit donc être suivant la formule classique précoce, rapide, énergique.

On a employé dans le cas présent *l'excision chirurgicale* lorsqu'elle était possible, la *rugination complète* sous anesthésie locale, suivie de radiothérapie pendant la cicatrisation.

Radiothérapie et radium ne sont pas à conseiller.

On s'est adressé aux caustiques puissants, à la *neige carbonique*, à l'*air surchauffé*, à la *pâte caustique blanche de Unna*, à l'*acide trichloracétique*, au *pyrogallol*.

Dans tous ces procédés, il faut surveiller et de près la cicatrisation car les rechutes sont à craindre.

Il nous a donc paru intéressant d'appliquer à cette affection la méthode de traitement du Dr Aurégan.

La technique ne varie pas, anesthésie à la novocaïne, grattage à la curette et application de permanganate. Là encore on proportionne le nombre de séances à l'étendue des lésions et à la susceptibilité du malade. Nous ne rapporterons qu'une observation, là encore nous pourrions en rapporter un grand nombre.

Il s'agit de :

M. G..., 55 ans, *tuberculose verruqueuse*, du dos de la main.

Au niveau du premier métatarsien, on note un placard indolent qui a commencé il y a trente-quatre ans par un petit élément rouge excorié à évolution progressive excen-trique.

Il est ovalaire, allongé sur le premier métatarsien, long de 10 cm., large de 8. Sa limite supérieure est l'articulation radio-carpienne, sa limite inférieure la moitié de la première phalange du pouce.

Le point de départ de la lésion est actuellement recouvert de peau saine. La bordure restée polycyclique et circonscrite est formée du côté de la face dorsale de la main par des éléments rouges, saillants, d'aspect verruqueux dont seul le sommet est corné et fissuré et croûteux. Du côté de la paume, la bordure toujours polycyclique est formée d'éléments moins rouges, grisâtres, moins saillants, plus hyperkératosiques.

La vitropression montre quelques croûtelles enchâssées, pas de grains de sucre d'orge.

Le diagnostic posé est celui de syphilides, mais pas d'accident primitif, un Bordet-Wassermann pratique se montre négatif.

Par ailleurs, on trouve une bacillose pleurale datant de quelques années, et l'auscultation des poumons y fait découvrir des craquements.

Un traitement d'épreuve est entrepris au bismuth.

Le 29 juillet, après six injections on ne trouve aucune amélioration, le Bordet-Wassermann est toujours négatif.

Une biopsie est alors pratiquée dont le résultat confirma le diagnostic :

Le 4 août 1936, on commence l'ablation,

Le 26 octobre, on revoit le malade qui est en très bon état,

Le 6 novembre, son état demeure excellent,

Le 9 novembre, on termine l'ablation.

Revu le 20 janvier 1937, on devine à peine la cicatrice.

Nous avons les photos de ce malade qui est véritablement le triomphe de la méthode. Seules les raisons matérielles nous empêchent de les apporter. Nous répétons d'ailleurs que la méthode d'Aurégan s'est toujours révélée dans ces cas, supérieure à toutes les autres, tant par son application facile que par les résultats obtenus.

Les verrues vulgaires.

Il est bien entendu que nous ne parlerons ici que des verrues vulgaires, et, dans un chapitre spécial, de la verrue plantaire, le traitement des verrues planes par cette méthode ne nous ayant pas donné les résultats escomptés et devant être cherché ailleurs.

Sans nous attarder sur leur description, nous rappellerons brièvement que ce sont des excroissances papillomateuses et hyperkératosiques qui apparaissent cliniquement comme des tumeurs bien circonscrites, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une cerise parfois. Leur couleur est gris jaunâtre ou gris noir, leur surface mamelonnée, le plus souvent hérissée de saillies villeuses ; leur consistance est dure. La peau qui les environne est par ailleurs normale, on n'y trouve aucun signe traduisant une inflammation quelconque.

Exceptionnellement douloureuses, — et ce uniquement du fait de leur siège, comme on le note dans le cas des verrues siégeant au pourtour des ongles ou en une région soumise à une pression, et le type en est la verrue plantaire, — les verrues sont par ailleurs le type de la tumeur bénigne.

On les dit contagieuses et auto-inoculables et sur ce dernier point les expériences de Variot et Jodasohn en 1896 ne semblent plus laisser place au moindre doute ; on a même fixé leur délai d'incubation qui serait de un mois.

A quoi sont-elles dues ? Plusieurs hypothèses ont été émises : les auteurs japonais les attribueraient à un spirochète ; pour la plupart cependant un virus filtrant serait en cause.

Ayant vu la bénignité et l'indolence des verrues, il est facile de déduire que seule une question d'esthétique commande leur traitement.

S'il en est en effet qui ont peut-être contribué à rendre célèbres ceux qui les portaient, il est bien évident que nombre de citoyens préfèrent à la possibilité de passer à l'histoire un traitement qui les débarrasse au plus tôt d'une affection malheureusement assez difficile à cacher puisque siégeant presque toujours sur une région découverte du corps : la face dorsale de la main ou des doigts, les faces latérales de ceux-ci, le nez, les paupières ou autres parties du visage.

Tout traitement doit donc viser à éviter les cicatrices.

Toutes les branches de la thérapeutique y ont apporté leur contribution.

Disons tout d'abord qu'il y a des verrues qui guérissent spontanément ; c'est le cas, il faut le reconnaître, de pas mal d'affections, mais il est assez difficile à un médecin de répondre au malade qui vient

le consulter : « attendez, vous avez une petite chance de guérir tout seul ! »

D'autre part, il n'est pas impossible de venir à bout de la plus belle floraison de verrues par la seule suggestion ; c'est là encore une arme bien incertaine... elle exige, il ne faut pas l'oublier, une puissance de persuasion qui manque à bien des malades, et quand ces deux qualités se trouvent réunies combien d'échecs enregistre-t-on encore !

Alors il faut penser aux médicaments plus sérieux. Veut-on traiter le malade *per os*. Il n'y a que l'embarras du choix.

C'est en premier lieu le magnésium, qui connaît une grande vogue ; il a eu des succès. J'avais personnellement, étant encore au lycée de très nombreuses verrues sur la face dorsale de la main et des doigts : une boîte de cachets à base de magnésium fut prescrite et fit merveille, il est vrai que j'avais alors une confiance aveugle dans les médicaments !

la teinture de thuya, que l'on donne en gouttes ;

l'arsenic, sous une de ses nombreuses formes ;

les pilules mercurielles assez peu employées ;

la stase artificielle ou méthode de Ritter.

La liste est longue et nous en passons !

Veut-on traiter la verrue localement ?

Les collodiions et emplâtres abondent.

On a également imaginé des bains d'un quart d'heure dans une solution concentrée de bisulfite de soude additionnée d'eau suivant la tolérance du malade.

On a eu recours à des applications bi-quotidiennes de sève de grande chélidoine plus connue sous le nom d'herbe à verrues ; c'est de tous les traitements locaux celui qui a donné les résultats les plus constants, il est hélas rendu difficilement réalisable du fait qu'il nécessite la plante fraîche et que bien que cette dernière abonde en tous lieux, il n'est pas toujours facile de s'en procurer, des extraits ont été préparés à base de grande chélidoine qui se sont tous révélés inactifs.

La physiothérapie, enfin, est venu apporter sa contribution et nous voyons tour à tour :

- le galvanocautère ;
- les applications de neige carbonique ;
- l'électrolyse négative ;
- la radiothérapie ;
- le radium même.

Tous ces procédés, le galvanocautère mis à part, ont des cas heureux et des cas malheureux à leur actif ; ils demandent une installation que n'a pas un médecin praticien. Certains de ces procédés, comme la radio et la radiumthérapie, sont d'un maniement délicat sinon dangereux et assez mal connus encore ; et puis la thérapeutique n'est-elle pas par trop disproportionnée à la maladie dans le cas présent ?

Nous avons volontairement passé sous silence dans les traitements locaux, l'*acide nitrique* qui doit être abandonné par tous, trop de brûlures lui sont imputables, trop de cicatrices infiniment plus disgracieuses

que l'affection à laquelle il s'attaquait. C'est un médicament qui dans le cas présent doit être taxé de dangereux.

Tels sont, schématiquement esquissés, les différents traitements dont dispose le médecin contre les verrues.

Il est curieux de constater leur nombre et leur variété quand on a sous les yeux, le mal auquel ils s'attaquent.

Nous avons vu combien ce traitement est plus aisé par la méthode d'Aurégan. Comment on le pratique et quels en sont les résultats.

Nous signalons qu'il n'est pas toujours nécessaire de détruire toutes les verrues car, sans que l'on puisse trop l'expliquer, il est curieux de constater que dans beaucoup de cas, lorsque l'on a traité quelques verrues, les plus importantes par cette méthode, les autres disparaissent toutes seules.

L'intervention se fait en une ou plusieurs fois suivant le nombre des lésions et la patience du malade.

La cicatrisation est toujours parfaite.

Nous n'apporterons pas d'observation à l'appui de nos dires, nous répétons que le succès est constant dans cette affection et des centaines de malades ont déjà été traités ainsi dans le Service du Dr Tzanck.

Aucun traitement n'est plus facile à appliquer dans ce cas, et nous croyons sincèrement qu'aucun ne peut donner de meilleurs résultats.

La verrue plantaire.

Etudiée d'une façon magistrale par Dubreuilh et Robert, la verrue plantaire n'est qu'un siège un peu particulier de l'affection : la plante du pied.

Fait un peu particulier, c'est généralement une affection de l'adulte, alors que les verrues vulgaires semblent être plus particulièrement l'apanage de l'enfant ou de l'adolescent.

Où siège-t-elle ? aux points d'appui du pied, c'est-à-dire le plus souvent à la tête des premier, troisième et cinquième métatarsiens. La règle souffre d'ailleurs des exceptions et il n'est pas impossible d'en trouver sur n'importe quelle partie de la plante du pied, on sait leur fréquence au talon. Contrairement aux autres verrues, la verrue plantaire est généralement unique, là aussi, exceptions possibles et il n'est pas extraordinaire d'en rencontrer plusieurs.

Ici, c'est la douleur qui amène le malade à consulter car l'affection est si pénible qu'elle peut arriver à interdire toute marche, toute station debout même. Comment se présente-t-elle au médecin ?

Sa forme est, en réalité, celle des verrues vulgaires, mais sa croissance, bridée à l'extérieur par la chaussure s'est faite en profondeur.

Au premier aspect, on pense à un durillon mais par un examen plus attentif ou mieux, en abrasant couche par couche, on remarque au centre d'un anneau hyperkératosique dur, une lésion bien circonscrite, ronde, blanche et molle.

Au centre, on trouve des points noirs qui représentent en coupe les papilles hypertrophiées qui s'enfoncent en profondeur.

Leur traitement est infiniment plus délicat que celui des verrues vulgaires.

Il est presque toujours nécessaire de calmer au préalable la cellulite qui se trouve surajoutée: l'intervention l'exacerbe toujours, elle pourrait être du fait de sa présence rendue plus aléatoire. Un repos de quelques jours au lit avec ou sans application de compresses humides en a généralement raison.

Et nous en arrivons au traitement à proprement parler de l'affection.

La cryothérapie a été préconisée par Lortat-Jacob, avec décapage préalable au bistouri de la couche cornée recouvrant la verrue, en évitant de faire saigner. On applique le cryocautère et on recouvre d'un emplâtre de Vidal. On met le malade au repos pendant huit à dix jours, jusqu'à la fin de la réaction inflammatoire et entre la quatrième et la sixième séance apparaît la phlyctène qui a décollé la base d'implantation de la verrue ; on la découpe aux ciseaux, on pense au baume du Pérou et la cicatrisation a lieu cinq à six jours plus tard. Rabut conseille si l'on est

en présence d'une grande verrue de profiter de l'anesthésie due au froid que produit la cryothérapie pour brûler au galvanocautère.

Il est à noter que si l'on a affaire à plusieurs verrues, le traitement de la première écourte celui des autres ou même les fait disparaître. Lortat-Jacob pense qu'il se produit dans ce cas, une auto-vaccination due à la résorption *in situ* du liquide d'exosérose.

L'avantage de ce traitement est de permettre au malade de vaquer à ses occupations et de laisser une légère cicatrice. Il est malheureusement douloureux et long.

On a utilisé la radiothérapie, mais c'est un procédé terriblement hasardeux du fait de l'extrême sensibilité de la plante du pied aux rayons X.

Théoriquement, trois semaines après la première séance la verrue doit tomber ; dans le cas contraire, on en fait l'excision au bistouri. Mais cette unique séance ne suffit pas toujours et il faut parfois en faire une seconde et même une troisième, chacune étant espacée de trois semaines de la suivante.

L'excision chirurgicale au bistouri ou à la curette exige une immobilisation longue et laisse parfois derrière elle une cicatrice très douloureuse.

Dubreuilh préconise le curettage sous bonne anesthésie ; il donne lieu à une plaie profonde et reste souvent incomplet.

L'électro-coagulation diathermique est fort employée actuellement : on enfonce l'aiguille au centre

de la verrue et le courant doit passer jusqu'à ce que toute la masse s'illumine.

Il est hélas ! facile, par ce procédé trop délicat dans son réglage, d'électrocoaguler *trop* et l'on aboutit à une grande plaie dont la cicatrisation est longue et sujette à des incidents, ou *pas assez* et c'est à recommencer.

Une autre technique consiste à électrocoaguler par petits coups d'aiguilles superficiels et à enlever au bistouri ou à la curette ce qui a été brûlé. Meyer enlève la verrue au bistouri ou à la curette et coagule le fond, il met une mèche au peroxyde de zinc, puis tout simplement de la pommade ; la cicatrisation demande quinze jours à trois semaines.

La critique de tous ces procédés est donc facile : certains, comme la neige carbonique, la radiothérapie, l'électrocoagulation demandent en plus d'une installation que peu de praticiens peuvent avoir, des techniciens experts dans l'art de se servir de ces moyens.

Tous sont, sinon douloureux, du moins longs... et pour le malade ce terme a pour synonyme coûteux, et, ce qui est plus grave encore, aucun n'assure avec assez de constance au malade une guérison absolue, autant que ce terme puisse être employé en médecine.

La méthode d'Aurégan est bien plus simple ; tout médecin peut avoir dans son cabinet une curette et un peu de permanganate en poudre.

Voici la technique employée dans le Service du D^r Tzanck.

Elle est pratiquement la même que celle employée dans le cas des verrues vulgaires ; seule l'anesthésie y est plus difficile à réaliser, car on se trouve en présence de tissus difficiles à pénétrer ; quant au curetage, il est également plus délicat et le défaut de beaucoup d'opérateurs est de ne pas gratter assez profondément.

Voici quelques observations prises au hasard parmi les innombrables malades traités dans le Service.

G. S..., 18 ans, vient consulter le 12 octobre 1936 pour une verrue plantaire siégeant à la base du premier métatarsien. Enlevée le jour même par le Dr Sidi, le malade revient un mois plus tard complètement guéri.

J. B..., 27 ans, externe dans le Service, doit partir au service militaire ; il a une verrue douloureuse au talon gauche et craint que le métier militaire soit incompatible avec elle. Il est traité par un interne du Service par la méthode d'Aurégan. Tout se passe normalement mais, quinze jours plus tard, il revient avec des douleurs extrêmement violentes. Le Dr Tzanck réintervient lui-même le même jour et enlève ce qui avait été laissé la première fois.

J'ai fait mon service dans le même régiment que J. B..., jamais plus il n'a été ennuyé par cette verrue.

Cette observation est intéressante, elle nous montre une complication qui est la récidive, mais elle nous en fait voir la cause qui est l'insuffisance du curet-

tage. Nous ne citerons que ces deux observations, car dans la verrue vulgaire le résultat est constamment satisfaisant et la technique est vraiment des plus simples.

Les tatouages.

Lacassagne a dit du tatouage qu'il était une manifestation esthétique du milieu social d'où dépendait l'individu.

La définition est exacte si l'on envisage la question chez l'adulte où la simple observation révèle très vite que le gros du bataillon des tatoués se recrute dans le milieu bien spécial des souteneurs ou autres individus de même acabit.

Chez la femme quelques assez rares prêtresses de Vénus sont tatouées.

Nous ouvrons toute de suite une parenthèse pour bien spécifier que ce chapitre ne traite que du tatouage en France, puisqu'il est bien connu qu'il est dans d'autres pays l'apanage de la haute aristocratie ou plus simplement un signe de raffinement du goût.

Cette définition est moins exacte chez l'individu jeune que de mauvaises fréquentations à la caserne ou à l'atelier conduisent à cette ineptie.

Elle ne l'est plus du tout chez le monsieur qui a une situation assise et une moralité bien trempée qui s'est fait tatouer un jour par suite d'une lubie que l'on ne s'explique pas.

Chez le jeune homme qui, après une partie de plai-

si trop humide, où l'alcool, dans certains cas, a pu tenir lieu de chloroforme, se réveille avec un ornement dont il n'a que faire et, qui plus est, peut lui interdire son travail ou lui attirer de graves ennuis.

Que représentent ces tatouages ?

Dans la majorité des cas des sujets érotiques allant du simple nom d'une femme en s'étendant à toute la gamme classique ; d'autres fois c'est l'armée qui est en cause et ce sont alors inscriptions ou dessins antimilitaristes ; il est des cas enfin où les tatouages n'ont aucune interprétation.

Où les trouve-t-on ? Tous les sièges sont possibles : tronc, membres, organes génitaux, visage.

Il en est qui sont de véritables chefs-d'œuvre dans le genre, mais ce n'est pas la règle.

Comment les produit-on ?

En introduisant dans le derme au moyen de piqûres d'aiguilles très rapprochées des grains colorés qui sont le plus souvent de l'encre de chine, du vermillon, de l'encre ordinaire ou du bleu de prusse.

C'est du moins le procédé employé chez les blancs. Ailleurs on les obtient par scarifications et introduction secondaire de grains colorés.

Voyons maintenant comment on peut les faire disparaître, car nous avons vu tout à l'heure que tous les tatoués n'étaient pas fiers de leurs gribouillages, et nombreux sont ceux qui vont consulter leur médecin pour les en débarrasser.

Le détatouage faisant partie de la médecine ou

mieux de la chirurgie esthétique expose celui qui s'y risque aux mêmes dangers que celle-là, à savoir les plaintes du patient qui se jugera dans certains cas plus lésé par la cicatrice disgracieuse laissée par l'intervention que par l'affection à laquelle cette intervention s'attaquait.

... Aucun patient, n'étant à l'abri d'une cicatrice chéloïde, *il sera donc indispensable avant toute tentative de délatouage de faire accepter par écrit à ce dernier les risques de l'intervention.*

De nombreux procédés ont été préconisés pour faire disparaître un tatouage, tous ont à leur actif succès et échecs.

C'est d'abord le thermocautère avec lequel on fait des pointes de feu fines juxtaposées, profondes de 3 mm., ce serait pour Barthélémy le procédé de choix.

L'électro-coagulation a été proposée. Vignot, lui, préfère l'air chaud. D'autres s'adressent à l'ablation chirurgicale avec ou sans autoplastie.

On a pensé aux caustiques chimiques.

Variot a proposé le procédé suivant : on verse une solution de tannin sur les parties tatouées, on fait à ce niveau des piqûres fines et serrées avec des aiguilles fines semblables à celles des tatoueurs, on applique un sel d'argent que le tannin réduit et on essuie.

Une escarre se forme puis tombe, laissant après sa chute une cicatrice rouge qui blanchit ensuite.

On a pu également décoller l'épiderme par l'application d'ammoniaque liquide. Après cocaïnisation de

la région, ainsi mise à nu, on applique un sel d'argent sur les points tatoués, le tatouage part avec l'escarre, la cicatrice est formée en dix-huit jours environ.

Le Dr Darier fait des scarifications quadrillées et cautérise au phénol pur. Il faut enfin citer le procédé palliatif qui consiste à retatouer avec des produits de couleur chair.

Il va sans dire que l'efficacité de tous ces procédés n'a rien d'absolu. Il existe pour le traitement des tatouages des multitudes de cas d'espèces. Tel procédé donnera d'excellents résultats dans telle forme qui sera inapplicable dans telle autre.

Le traitement des petits tatouages sera bien entendu plus facile que celui d'un tatouage très étendu, pour ceux-là d'ailleurs, il existe assez peu de chances de succès.

Nous n'avons pas sur ce chapitre la même expérience que sur les précédents. Il nous a paru intéressant cependant de rapporter ici une amusante observation où la réussite fut complète.

B. P..., âgé de 27 ans, est officier de marine. Venu tirer une « bordée » à Paris, il s'est réveillé le 5 décembre 1935 avec des tatouages sur la figure ; deux traits de 2 mm. de largeur environ, prolongeaient vers l'extérieur les fentes palpébrales droite et gauche de 1 cm. environ. Une « mouche » de la taille d'une pièce de 50 centimes environ ornait sa joue droite. Il vient consulter le lendemain le Dr Tzanck, qui décide de le traiter le jour même par la méthode d'Aurégan. Il l'opère lui-même. Technique iden-

tique, anesthésie avec aiguille à injection intra-dermique des régions à opérer mais, en raison du siège, les tatouages des yeux sont enlevés au petit ciseau, puis la plaie recouverte de permanganate. Il revient le lendemain et la « mouche » de la joue est enlevée classiquement à la curette, la plaie étant bourrée de permanganate. Pas de pansement, le malade rejoint son Corps huit jours plus tard, avec des cicatrices extrêmement discrètes et pouvant laisser supposer des brûlures. Nous le revoyons le 18 janvier suivant à Broca, il n'a pratiquement plus de trace d'intervention et le malade est heureux d'avoir échappé, grâce à ce traitement, aux peines que l'on n'aurait pas manqué de lui infliger.

Nous rapporterons une 2^e observation, celle de M. R..., 36 ans, chômeur, qui vient nous demander de le débarrasser d'un tatouage qu'il porte sur l'avant-bras. Ce dernier représente une tête de femme de la taille d'une pièce de 5 fr. environ. Les 11, 18, 25 octobre et le 3 décembre 1936 on pratique des curettages partiels avec application de permanganate. Une compresse sert de pansement protecteur ; on la change tous les deux jours, jusqu'à cicatrisation. Revu deux mois après, il présente une cicatrice encore rouge, mais qui s'estompe de jours en jours, à ses yeux.

Le Dr Tzanck a fait d'autres tatouages par ce procédé, comme toujours, c'est sa facilité qui tente et il semble qu'il faille y penser dans certains cas.

Le *Molluscum contagiosum*.

On l'appelle également acné varioliforme ; c'est une petite tumeur épithéliale d'aspect bien spécial, constituée par une petite élevation hémisphérique marquée au centre d'un ombilic qui se prolonge dans la masse.

Elle est de couleur blanc laiteux, blanc rose translucide et jaunâtre..

Le toucher la montre lisse et tendre... sa taille n'est pas trop grande et va d'un grain de millet à un pois.

Il n'est pas impossible que plusieurs conglomèrent et la taille de la tumeur ainsi formée peut atteindre celle d'une amande avec tendance à la pédiculisation.. La pression fait sourdre une matière crémeuse qui examinée au microscope montre des cellules cornées et des éléments ovoïdes et réfringents dits corpuscules de molluscum..

Ses endroits de prédilection sont la face, le cou, les paupières, les parties génitales. Le molluscum peut être seul, mais il n'est pas rare d'en trouver des centaines chez certains individus. C'est dans ce cas qu'elles surviennent insidieusement par poussées successives.

L'indolence est la règle, mais il peut provoquer du prurit et s'infecter. Bénin, le molluscum a tendance à durer indéfiniment... il n'est pas de règle qu'il se vide et disparaisse spontanément.

Histologiquement, il n'est pas développé aux dépens des glandes sébacées, mais est une transformation des cellules malpighiennes en corpuscules de molluscum qui présentent les réactions des substances colloïdes ou kératoïdes.

On le trouve surtout chez l'enfant, le jeune sujet et l'individu à peau fine en général.

Le traitement ici est assez simple.

Il consiste soit en une pression, soit mieux en un curettage qui énuclée le molluscum ; la cautérisation la plus habituelle se fait au thermocautère. En cas d'éléments petits et nombreux, pour éviter des énucléations répétées on essaie les applications de teinture d'iode, d'huile de cade, voire même de savon noir.

La méthode d'Aurégan se montre d'une efficacité remarquable, là encore.

Son exécution est d'une simplicité étonnante, les résultats toujours parfaits. Nous en avons de nombreuses observations dans le Service.

L'érythroplasie.

C'est une affection qui a été décrite par Darier et Fournier sous le nom d'épithélioma papillaire nu. C'est à Queyrat qu'est dû le nom d'érythroplasie. C'est une affection grave, car pré-cancéreuse et tôt ou tard, elle dégénère en un épithélioma spino-cellulaire d'extension rapide, avec grosse atteinte ganglionnaire. Elle siège sur la muqueuse buccale, la langue, le prépuce, la vulve.

C'est une surface rouge, velvétique, brillante, elle est bien circonscrite et plane. L'étiologie n'en est pas éclaircie, on a accusé la syphilis, mais ce n'est qu'une supposition.

Le diagnostic n'est pas toujours aisé avec les syphildes, le lupus tuberculeux des muqueuses, l'épithélioma baso-cellulaire, la diabétide.

L'histologie révèle des lésions variables, surtout une hyperplasie sans diskératoses, des bourgeons interpapillaires, un infiltrat très modéré dans la couche supérieure du derme.

L'érythroplasie peut donc être réalisée par la maladie de Bowen des muqueuses et des demi-muqueuses et par d'autres états papillomateux.

Quel traitement lui oppose-t-on généralement ?

Elle résiste à tous les topiques.

Il faut donc pratiquer l'excision ou la destruction totale par la neige carbonique.

Nous verrons que les résultats obtenus par la méthode d'Aurégan sont des plus satisfaisants.

Nous savons qu'il était un peu téméraire de s'attaquer à l'érythroplasie par la méthode d'Aurégan.

Voici pourtant deux observations concluantes :

M. P..., 55 ans, vient consulter le 3 septembre 1935, il présente une plaque d'érythroplasie du volume d'une pièce de 50 centimes du sillon balano-préputial.

Le Dr Tzanck décide de l'enlever par la méthode d'Aurégan, et opère lui-même classiquement. Revue six mois plus tard, le malade est en parfait état.

La deuxième est identique :

G. S..., 62 ans, vient consulter en février 1936. Plaque d'érythroplasie comme une pièce de 1 franc, siégeant à peu près au même niveau que le malade précédent, opéré par le Dr Tzanck, revu plusieurs mois après parfaitement guéri.

D'autres malades ont également été traités avec succès par la même méthode.

Un fait à signaler : tous les malades traités ont fait dans les jours suivants un œdème considérable de la région, qui a d'ailleurs facilement cédé à des applications de compresses humides.

Toutefois, nous pensons que dans ce cas, la méthode d'Aurégan n'est peut-être pas à conseiller avec la même force que dans les affections que nous avons vues dans les chapitres précédents.

D'abord, parce que le diagnostic d'érythroplasie est difficile, le passage à la cancérisation n'est pas toujours net et, en toute conscience, nous estimons que ces malades sont du ressort du spécialiste.

Dans l'unique cas où le médecin praticien aurait par la force des choses, à traiter un malade atteint d'érythroplasie, c'est à cette méthode qu'il devrait s'adresser, parce qu'elle a de sérieuses chances de donner de bons résultats et que, surtout, elle est d'une application à sa portée.

La kératose sénile.

C'est une hyperkératose que l'on a dénommée aussi acné sébacé concret et vulgairement crasse sénile.

Elle apparaît toujours après la cinquantaine et ses éléments sont presque toujours extrêmement nombreux.

Ce sont des taches brunâtres que l'on trouve à même la peau ou sur des taches rouges télangiectasiques, parfois sur des saillies verruqueuses.

Elles sont minces au début, mais s'épaississent rapidement en leur centre, se couvrent d'aspérités rugueuses et sont adhérentes.

Leur danger est la Cancérisation, elle débute par l'épaississement du kératum, la facilité du saignement, l'apparition d'un bourrelet perlé, d'une ulcération sous-jacente.

Quant à leur traitement, au début on les décape avec :

Alcool.....	}	āā
Ether.....		
Tolum.....		
Chloroforme.....		

Formule proposée par Ravaut.

Galvanocautère si menace de Cancérisation.

On a pensé enfin à la roëntgenthérapie et au radium.

La méthode d'Aurégan se montre dans ce cas un traitement de choix, même technique : on enlève chaque fois un nombre variable de lésions. Le résultat en est parfait, tant au point de vue des récidives que des cicatrices ; la cancérisation n'est pas un obstacle à l'application de ce traitement et les résultats ne sont pas moins bons dans ce cas.

Les végétations vénériennes.

On les désigne également sous le nom pompeux de condylomes acuminés ; ce sont les vulgaires crêtes de coq ou choux-fleurs connus de tous.

Elles ne présentent bien entendu aucune gravité, mais leur présence est pour le moins gênante, et puis il y a toujours la crainte de leur contagiosité !!! Ce sont des excroissances papilliformes, rosées ou grisâtres, siégeant sur les organes génitaux ou dans les plis voisins.

Chez l'homme, on les trouve dans le sillon balanopréputial, sur la couronne du gland, le filet, parfois sur tout le prépuce ou simplement à l'orifice de l'urètre. Chez la femme, sur le vestibule de la vulve, à la fourchette ; le capuchon du clitoris, les plis génito-cruraux, et très fréquemment enfin au pourtour de l'anus. Elles semblent y suivre le chemin parcouru par les liquides s'écoulant du vagin.

On en a rencontré des cas, assez rares, il faut l'ajouter, chez l'enfant en bas âge. Leur volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'une noisette ; il semble qu'il soit inversement proportionnel à la propreté du sujet.

On en a signalé chez des femmes négligées qui atteindraient le volume d'un poing, de couleur rougeâtre, entourées d'une zone érythémateuse produite par l'irritation.

Elles sont inoculables, c'est ce qui les fait taxer de maladies vénériennes. A quoi faut-il les attribuer ? probablement à un virus filtrant voisin de celui qui produit les verrues. On a incriminé le gonocoque, il est fort probable qu'il ne joue ici qu'un rôle secondaire ; produisant un écoulement irritant, il favorise leur développement, au même titre que la malpropreté ; l'influence néfaste de la grossesse est également bien connue.

Leur diagnostic est généralement facile.

Chez le vieillard on peut hésiter avec le cancer, d'autant plus facilement que l'irritation chronique produite par la rétention peut faire dégénérer en néo de vieilles végétations.

Chez l'homme, elles n'évoquent pas un seul instant l'idée de syphilis, alors que chez la femme il faut penser aux syphilides hypertrophiques ; mais celles-ci reposent toujours sur une base indurée, sont généralement accompagnées d'autres lésions et ne laissent pas indifférente une réaction de Wassermann. Histologiquement, on trouve une hyperacanthose très prononcée, avec kariokinèses abondantes, recouvrant des saillies conjonctives filiformes et ramifiées, qui sont parcourues par des vaisseaux sanguins à large lumière.

En général pas de signes inflammatoires, la couche

granuleuse est discontinue, la couche cornée très mince.

Et nous en arrivons au paragraphe qui nous intéresse, à savoir le traitement.

De simples soins hygiéniques, des lotions astringentes, des poudres inertes, de la poudre de sabine additionnée d'acide salicylique à 2 % les flétrissent parfois, mais ne les font jamais disparaître.

On en a fait l'excision aux ciseaux et surtout à la curette ; on a essayé de les détruire en employant la douche filiforme ; les résultats immédiats sont variables, les récidives fréquentes.

On s'est adressé aux caustiques, le phénol pur, l'acide chromique, mais ces traitements ne réussissent qu'en cas de très petites végétations.

La radiothérapie est très contestée ; on en fait des doses de seize à dix-huit H. sous 3 à 4 mm. d'aluminium, en deux ou trois séances, à dix jours d'intervalle ; il n'est pas rare qu'une deuxième série soit nécessaire.

Le thermocautère est bien entendu employé par certains. Le formol liquide pur du commerce a également été utilisé ; on touche tous les jours avec précaution toutes les végétations, après quoi elles partent facilement aux ciseaux et sans douleur.

L'électro-coagulation a aussi ses adeptes ; nous l'avons vu beaucoup employer. Elle est douloureuse et ne compte pas que des succès. Le bistouri diathermique lui-même n'a pas été épargné.

Toutes ces interventions sont extrêmement douloureuses ; l'anesthésie locale se montre bien souvent insuffisante et certains auteurs n'ont pas hésité à recourir qui à l'anesthésie générale, qui à la rachi.

Nous rappelons que le liquide de Bonin ne doit être employé que dans le cas de petites végétations. Il est à proscrire formellement dans le cas de végétations trop grandes ou chez un sujet saignant facilement, car il contient un tiers de chlorhydrate de cocaïne.

Tels sont à peu près les procédés les plus fréquemment employés ; leur critique est toujours la même, procédés longs, douloureux ou impossibles à appliquer par un médecin praticien.

Nous traitons la majorité de ces malades par la méthode d'Aurégan ; nous n'apporterons pas d'observations tant elles sont nombreuses, les résultats ont été constamment satisfaisants.

Petits incidents et complications de la méthode.

A. — PETITS INCIDENTS.

Nous les trouverons dans les trois temps de la méthode :

1^o Certains pourront être dus à l'*anesthésie* ; bien que la novocaïne est une toxicité sept fois moindre que la cocaïne et que l'on puisse en administrer en une fois une dose de 10 cgr. et jusqu'à 25 en une journée, certains sujets supportent mal l'administration de ce médicament. Jamais certes, nous ne serons en présence des grands accidents de l'intoxication aiguë par la novocaïne avec l'excitation psychique et anesthésie cutanée, pâleur extrême et phénomènes syncopaux en raison de la vasoconstriction, dilatation pupillaire, accélération du pouls et de la respiration, convulsions.

A peine trouverons-nous chez les sujets prédisposés de légers et passagers malaises : un peu de pâleur, des vertiges, de la céphalée, voire même une tendance syncopale, une injection de caféine ou à son défaut une simple tasse de café en ont généralement raison.

Ils peuvent être dus surtout à la pusillanimité des sujets et l'on devra toujours prendre soin de faire allonger tous les malades traités.

Notre maître a d'ailleurs montré que, dans les cas où la novocaïne était en cause, il s'agissait toujours de phénomènes d'intolérance et non d'intoxication par ces médicaments, les doses employées étant bien au-dessous des doses limites.

2° Pendant le curettage, le seul ennui que nous ayons rencontré est la douleur en cas d'anesthésie incomplète, ce cas est rare si l'on suit à la lettre la technique que nous avons indiquée, il est d'ailleurs facile d'y remédier ; jamais d'ailleurs cette douleur n'a empêché l'intervention et ce, même chez les enfants ou des malades très pusillanimes.

3° Au moment de l'application de permanganate, il ne se produit rien, nous n'avons jamais rien rencontré ni rien trouvé dans la littérature. Le permanganate est au même titre que l'argent et l'hyposulfite, un de ces médicaments.

B. — COMPLICATIONS.

Elles sont au nombre de deux :

l'hémorragie,
l'infection.

a) *L'hémorragie* : si elle survient au moment de l'intervention, ne doit pas troubler le praticien, un tamponnement supplémentaire suffit presque tou-

jours à l'arrêter et au besoin il est possible de poser une ligature.

Plus ennuyeuse est celle qui survient dans les heures ou les jours qui suivent et il faut en avertir le malade en lui recommandant de venir dès sa production. Un nouveau tamponnement et un bon pansement compressif avec application de permanganate en viennent vite à bout.

On trouvera cette complication dans le cas où on aura dû gratter profondément, nous ne l'avons rencontrée qu'exceptionnellement et toujours dans les verrues plantaires.

Il faudra toujours penser à des troubles sanguins et faire dans ce cas au sujet un temps de saignement et de coagulation. Nous répétons d'ailleurs que l'hémorragie est exceptionnelle, c'est un des gros avantages du permanganate.

b) *L'infection* est absolument exceptionnelle, c'est un autre avantage du permanganate, elle n'a jamais pris d'autre importance que celle d'une lymphangite banale. Nous l'avons rencontrée uniquement quand nous avons employé cette méthode dans le traitement des cors aux pieds, mais ce chaque fois.

Deux autres cas nous restent à envisager :

Les récidives,

Les succès.

a) *Les récidives* : elles sont relativement rares, et nous n'en avons jamais eu dans les cas de verrues, de

végétations vénériennes, de molluscum, les verrues plantaires nous en ont parfois donné. La solution est simple, on recommence et jamais nous n'avons à intervenir trois fois, car toujours la récurrence dans ce cas est due à une action incomplète de la curette, la première fois, action qui a parfois été rendue difficile par suite de l'application antérieure de caustiques sur la lésion.

b) *Les succès* : nous avons eu des succès dans des cas de lupus, par exemple ; il faut dans ce cas s'adresser à un autre traitement.

Conclusion.

1^o Il ressort de ce que nous venons de dire que la méthode d'Aurégan constitue un procédé facile, rapide, élégant, à la portée du plus modeste praticien de campagne.

Un seul point est délicat à notre avis, c'est l'anesthésie. Il ne nous semble pas toutefois que ce temps présente de sérieuses difficultés si l'on s'en tient à la technique et au matériel que nous avons indiqués plus haut.

2^o Les vraies complications, c'est-à-dire celles qui exigent l'appel du spécialiste ou l'envoi à l'hôpital n'existent pratiquement pas : jamais nous n'en avons rencontré chez les nombreux malades que nous avons traités ainsi.

3^o Les résultats en sont tout à fait satisfaisants : nous pensons donc que, sans en faire l'unique traitement des affections que nous venons de passer en revue, il est toujours à essayer en premier comme étant le plus simple de tous.

4^o Le vrai danger de la méthode résiderait juste-

ment dans cette simplicité qui pourrait le faire prendre à tort pour une panacée.

Il est de la méthode d'Aurégan comme de nombreux autres traitements ; on les découvre pour la cure d'une lésion, on s'aperçoit que l'on peut en étendre l'application à plusieurs autres, pourquoi courir vers des insuccès en voulant lui demander plus qu'elle ne peut tenir.

Vu : le Président de la thèse,

TANON.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

PERMANGANATE DE POTASSE

Aurégan. — Le permanganate de potasse (Soc. de Dermatol., 14 janvier 1926).

— Action du permanganate de potasse en poudre sur les tissus vivants fraîchement cruentés (Bull. Acad. méd., 130, décembre 1926).

Ball (W.-A.). — Thyroid and potassium permanganate treatment furunculosis (Practitioner, 130, 101, 102, janvier 1933).

Balzer (P.). — Traitement des érythrodermies exfoliantes au cours du psoriasis par les grands bains au permanganate de potasse (Bull. Méd. Paris, 1916, XXV, 457).

Barton (W.-M.). — Potassium permanganate as a local anesthetic to the genito urinary mucous membranes (J. Am. Ass. Chicago, 1913, LXI, 196; Wash. M. Ann., 1913, XII, 262-264).

Greenttein (A.-M.), Popova (N.-A.). — Effects of potassium permanganate on nervous system (Vrach. dielo, 10, p. 1861-1868, janvier 1928).

Hatcher. — Action antidotale du permanganate de potassium (The Journal of the American Association, 17 août 1936, p. 502).

Sézary du Courtiux Galdot. — Pyodermite ulcéreuse chronique traitée par la méthode d'Aurégan (Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syph., 39, 1213-1215, July 1932).

Warnshuis (F.-C.), Wander Kolk (B.). — Case of gas gangrene

treated by infiltration of tissues with permanganate solution (J. A. M. A., 102, 1757, 1758, May 26th 1934).

Jalks. — Traitements chirurgicaux des lupus. Thèse Paris, 1933.

Hamelin Gapin. — Traitement par la diathermo-coagulation et étincelage de haute fréquence des lupus de la face. Thèse Paris, 1934.

Fischman. — Traitement des verrues par autohémothérapie. Thèse Paris, 1935.

Fougoux. — Verrue plantaire et son traitement par électrocoagulation. Thèse Paris, 1932.

Derbyshire. — Un cas de tuberculose verruqueux chez l'enfant. Thèse Paris, 1929.

Vernier. — Traitement du lupus tuberculeux par le beurre d'antimoine. Thèse Paris, 1929.

Touraine et Solente. — L'érythrodermie (Presse médicale, décembre 1936).

* * *

Pratique médico-chirurgicale.

Darier. — Précis de Dermatologie.

Nouvelle pratique dermatologique.

